

ケアマネSAKAI入会申込書

西暦 年 月 日

ケアマネSAKAI 殿

私は、貴会の目的に賛同し、

(正会員 ・ 準会員 ・ 賛助会員) として入会を申し込みます。

フリガナ			生年月日	西暦	年	月	日
氏名			性別	男 ・ 女 ・ 他			
介護支援専門員資格の有無	有 (取得日 西暦 年 月 日) ・ 無						
介護支援専門員取得時の基礎資格	医師・歯科医師・薬剤師・保健師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・介護福祉士 歯科衛生士・あん摩マッサージ指圧師・はり師・灸師・柔道整復師 管理栄養士・栄養士・訪問介護員・その他 ()						
介護支援専門員としての勤務状況	現任 ・ 非現任 ・ 勤務歴なし						
住所(自宅)	〒 -						
電話(自宅)				FAX			
電話(携帯)							
E-Mail							
所属機関 (現任のみ)	名称						
	種別	居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設 地域包括支援センター・(看護)小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護 特定施設入居者生活介護・その他 ()					
所在地	〒 -						
電話				FAX			
ケアマネSAKAIからの案内送付先	自宅 ・ 所属機関						
福井県介護支援専門員協会	会員 ・ 非会員(入会希望) ・ 非会員						
日本介護支援専門員協会	会員 ・ 非会員(入会希望) ・ 非会員						

※ 印刷して記入し、お近くのケアマネSAKAI役員に提出するか、

ケアマネSAKAI事務局<keamanesakai@gmail.com>宛にMailしてください。